

## Washington Apple Health 항소권과 마감 기한

귀하의 Washington Apple Health 보험혜택의 기각, 종료 또는 변경 결정에 동의하지 않을 경우 행정심의회를 신청할 권리가 있습니다.

- 항소 신청은 이 통보서를 받은 날짜로부터 90 일 이내에 해야 합니다. 90 일 이내에 항소를 신청하지 않으면 귀하의 심의회 신청 권리는 상실될 수 있습니다.
- 심의회 규정은 워싱턴 행정법(WAC), 제 182-526 조를 확인하십시오.
- 주법 또는 연방법이 변경되어 동일한 방법으로 프로그램에 가입한 모든 사람에게 영향을 미치는 경우, 보험혜택의 기각, 종료 또는 변경에 대한 항소권이 주어지지 않을 수도 있습니다(RCW 74.09.741).

법적 조언을 받을 형편이 안되는 경우 CLEAR(Coordinated Legal Education Advice and Referral)의 도움을 받아 무료 법률 대리인을 찾을 수도 있습니다. 원하시면 <http://nwjustice.org/clear-online>에 접속해 온라인으로 신청하십시오. 또는

- 60 세 이하인 분은 CLEAR, 1-888-201-1014 로 전화하십시오.
- 60 세 이상인 분은 CLEAR 경로, 1-888-387-7111 로 전화하십시오.

### 항소 절차 중에 보험혜택을 계속 받기

- Washington Apple Health 수혜자격 종료 또는 변경 결정에 대해 항소를 하는 경우, 항소가 진행되는 기간 동안에도 보험혜택을 계속 받을 권리가 있습니다. 보험혜택을 계속해서 받으려면 이 통지서 윗면의 날짜 또는 월말 날짜 중 나중 날짜로부터 10 일 이내에 항소를 신청해야만 가능합니다.
- 보험혜택을 계속 받으면서 혹 심의회에서 폐소할 경우 계속해서 받은 보험혜택 중 최대 60 일간에 해당하는 금액을 보건국(Health Care Authority)에 환불해야 할 수도 있습니다.
- Washington Apple Health 가입신청 기각에 대한 심의회를 기다리는 중에 의무적으로 보험혜택을 계속 받아야 하는 것은 아닙니다.

### 심의회 신청

심의회 신청은 다음 중 한 가지 방법으로 하시면 됩니다.

- 1-877-501-2233 또는 지역의 HCS 사무소로 전화함.
- 작성한 항소/심의회 신청서를 1-888-338-7410 로 팩스해 보냄.
- 작성한 항소/심의회 신청서를 다음 주소로 우송함.

CSD Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699

보건국(Health Care Authority) 또는 보건국에서 정한 사람(기관)이 해당 문제를 해결하기 위해 귀하의 사례를 검토할 것입니다.